



Dra. María Isabel Heraso

VIVIR BIEN sin dolor de cabeza

La guía
definitiva que
no necesita
traducción

Con este libro:

Sabrás cuáles son las causas
del dolor de cabeza

Descubrirá falsos mitos
y creencias

Aprenderá técnicas mentales
para aliviar el dolor de cabeza

Mejorará sus hábitos de vida



PAIDÓS

Dra. María Isabel Heraso

VIVIR BIEN

sin dolor
de cabeza

Primera edición, septiembre de 2015

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© María Isabel Heraso Aragón, 2015

© 2015 de todas las ediciones en castellano,

Espasa Libros, S. L. U.,

Avda. Diagonal, 662-664. 08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

ISBN: 978-84-493-3153-4

Fotocomposición: Fotocomposición gama, sl

Depósito legal: B. 19.164-2015

Impresión y encuadernación: Huertas Industrias Gráficas, S. A.

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico

Impreso en España – *Printed in Spain*

Índice

Agradecimientos	9
Presentación	11
Capítulo 1. El dolor de cabeza	13
¿Cómo definimos el dolor de cabeza?	13
¿Qué es una cefalea?	16
¿Qué nos duele cuando nos duele la cabeza?	18
La personalidad y las cefaleas	20
Incidencia en la población.	23
Las posturas que crean contracturas	29
La importancia de la actividad física	31
Capítulo 2. Tipos de dolor de cabeza	39
Los tres tipos de cefaleas más frecuentes y cómo se establecen	39
Cómo distinguir cada cefalea	54
Clasificación y características de las principales cefaleas	57
Otros dolores de cabeza	64
Capítulo 3. Interpretación y mitos	83
Interpretación psicósomática y equivalencia de las cefaleas.	83
Mitos históricos	89
Mitos cotidianos.	101



Capítulo 4. Plan de tratamiento en 3 semanas	105
Gráfica evaluativa física y psicológica	106
1. ^a semana.	110
2. ^a semana.	135
3. ^a semana.	140
Qué personas no van a mejorar jamás	147
Capítulo 5. Técnicas mentales para el dolor	151
Psicoterapia	152
Autopsicoanálisis	154
Autoestima	161
Relajación	169
Control mental	182
Risoterapia	195
La búsqueda de la felicidad	203
Meditación	209
Capítulo 6. Tratamiento de las cefaleas	211
Tratamiento de las tres cefaleas principales	211
Fármacos en el tratamiento del dolor de cabeza	227
Últimos estudios en tratamientos farmacológicos	248
Tratamientos físicos	250
Bloqueos nerviosos	255
Indicaciones y contraindicaciones de la cirugía de columna cervical	257
Conclusiones	267
Capítulo 7. Una nueva concepción del dolor	269
Fisiología natural del dolor de cabeza	271
Triángulo implicado en la generación del dolor de cabeza	272

Triángulo del dolor aplicando el tratamiento adecuado	273
Despertar sin miedos	273
Esquema del Tratamiento Integral del dolor en la Unidad del Dolor del Hospital San Francisco de Asís, de Madrid.	274
Evolución de los profesionales del tratamiento del dolor.	275
Capítulo 8. Preguntas frecuentes	277
Capítulo 9. Ejercicios de rehabilitación	283
Ejercicios para la columna cervical	283
Capítulo 10. Consejos de alimentación para evitar el dolor	291
Alimentos que conviene eliminar o disminuir considerablemente.	291
Alimentos que conviene introducir o aumentar en el consumo diario	296
Conclusión sobre la alimentación	297
Capítulo 11. Glosario de términos.	299



Capítulo I

El dolor de cabeza

¿Cómo definimos el dolor de cabeza?

«¡Estoy aburrido de mi dolor de cabeza!»

«¡Estoy cansado de probar analgésicos!»

«¡Ya no sé qué más puedo hacer!»

«He probado de todo; algunos analgésicos me funcionan durante una temporada, pero después no sé qué pasa: con el tiempo o me dejan de hacer efecto o me producen una reacción de rebote, y luego me duele más...»

«Estoy cansado de fastidiar a mi familia con mis dolores de cabeza. Me amargo (y les amargo) todos los acontecimientos familiares. Así, por ejemplo, si tengo algún viaje en perspectiva, ya me entran los nervios por si acaso justo en esos días padezco cefalea. Procuero que mis familiares no se den cuenta, porque ya me da hasta vergüenza, pero es que cuando me duele... ¡me duele!»

Estos comentarios y otros por el estilo son los habituales en una primera consulta de un paciente con cefaleas. A todas luces están hartos de la situación pero, sin embargo, son incapaces de salir por ellos mismos del círculo vicioso en el que se encuentran.



Por de pronto, muchos quizá no estén preparados para escuchar que una buena parte de su tratamiento depende de ellos; algunos, a veces no lo están nunca y vivirán siempre siendo esclavos de su dolor de cabeza.

No obstante, a aquellos que, como usted, que se van a tomar la molestia de leer este libro para ver cómo pueden resolver su cefalea, puedo asegurarles que ya llevan un gran trecho del camino andado. Ya han llegado al convencimiento de que pueden, de alguna forma que todavía desconocen porque no han terminado de leerlo, colaborar de una manera activa en su curación.

Los médicos sabemos identificar y diagnosticar las enfermedades; algunos más que otros, reconocen las causas primigenias de la enfermedad. Conseguimos incluso que el paciente mejore sensiblemente y somos capaces de eliminar los síntomas desagradables de cualquier enfermedad. A veces, la enfermedad parece curada, pero no nos engañemos, suele recaer. ¿Por qué? Porque no estaba curada desde la raíz, desde sus causas primarias... Eso solo puede conseguirlo uno mismo.

La curación total en profundidad, depende únicamente de uno mismo. Lo que pasa es que algunos no lo saben y, para otros, es mucho más cómodo sentarse en la consulta del médico diciendo: «¡Aquí estoy yo! Hágame lo que sea; si quiere me opera... ¡lo que sea!, pero cúreme... y no me complique la existencia con que yo tenga que cambiar en algo mi vida porque eso me resulta imposible».

La consecuencia de ello, claro está, es que luego nos encontramos con esos pacientes que, con gran orgullo, nos dicen en la consulta cuando vamos a hacerles la historia clínica: «Estoy operado siete veces». Alguna vez incluso he tenido que oír cosas del estilo: «Pues no estaré tan mal, porque ya llevo veinti-

cinco operaciones; me han operado de todo y mire usted: aquí estoy, tan ricamente».

En efecto, son gente sanísima que se han dejado hacer de todo porque se les ha desajustado sucesivamente la fisiología de los diferentes sistemas del cuerpo y ha habido que eliminar «piezas» deterioradas... Y por ahí andan, en busca de más operaciones.

¡Qué gran ternura!, ¡Qué ganas de ayudar a esas personas...! Sin embargo, la mayoría de las veces no se puede porque no desean oír ciertas cosas, no están preparados para escuchar y «entender». Se dice que el maestro aparece cuando el alumno está preparado; ellos no lo están: es como echarle margaritas a los cerdos.

Por suerte, estamos de enhorabuena: usted ha decidido enterarse, está preparado para aprender. A poco que yo sea capaz de llegar a usted y de explicarle con claridad ciertos conceptos, habrá comprendido. Pero lo ideal sería que, después de leer estas páginas, se haya estimulado su apetito por saber y ya no le baste con leer solo este libro. Será entonces cuando comenzará la búsqueda de más y más información y cuando ¡ya estará curado!

¿Sabía que...



El término «cefalea» solo significa «dolor de cabeza».

Necesita un apellido para saber qué es lo que nos duele.



¿Qué es una cefalea?

Una cefalea es un dolor de cabeza, una molestia en la parte superior de nuestro cuerpo, la más importante a nuestro parecer, ya que guarda el órgano más delicado y vital que tenemos: el cerebro.

Pero ¿la cefalea verdaderamente indica que nuestro cerebro está dañándose? Vamos a ver a lo largo de estas páginas cuáles son las **estructuras que pueden doler**.

También es necesario **poner un apellido a la cefalea** si queremos averiguar qué nos está pasando. Distinguir unas cefaleas de otras es hacer un **diagnóstico diferencial** de los distintos tipos dolores de cabeza que existen. En efecto, hay muchas clases de cefaleas, unas más graves que otras, que se revisarán en la **clasificación** de las mismas que recoge este libro.

Puede que esté sucediendo algo grave dentro de nuestro cerebro o que, simplemente, los músculos y la piel del cráneo estén tensos. A efectos de dolor, se puede pasar igual de mal con cualquiera de estas situaciones; sin embargo, lo más frecuente es lo último, la tensión muscular.

Para darnos una idea de la posible gravedad de la cefalea algo importantísimo que debe tenerse en cuenta es el tiempo que llevamos padeciéndola. Si llevamos años sufriendo ese mismo dolor de cabeza y... no nos hemos muerto es que no es muy grave o, mejor dicho, no implica que nuestra vida esté en peligro, porque, realmente, el sentido de gravedad dependerá de cómo este dolor altere en nuestra vida. A veces el trastorno es inmenso, aunque lo más frecuente, como vamos a ver, es que se trate de una **cefalea primaria**, originada por sí sola.

Otro caso distinto es que padezcamos desde hace muy poco tiempo, unos cuantos meses, una cefalea de muy corta duración pero que nos duela mucho... Esto ya implica que puede estar gestándose un problema más grave, por lo que debemos acudir a nuestro médico lo antes posible y realizarnos las exploraciones pertinentes (radiografía, resonancia magnética, electroencefalograma, etc.). Podría, aunque no es lo más frecuente, tratarse de una **cefalea secundaria** a una lesión anterior que todavía no se ha diagnosticado.

La cefalea puede ser expresión de la participación de las diferentes estructuras craneales sensibles al dolor en muy diversas enfermedades o situaciones patológicas. Si este dolor representa un elemento sintomático de una situación infecciosa, traumática o tumoral se trata entonces de lo que conocemos como cefalea secundaria, ya que, en este caso, la causa primaria sería un traumatismo, un tumor o una infección.

En la mayoría de los casos, la cefalea constituye por sí misma el núcleo de la enfermedad, la causa primaria del problema y, a menudo, adquiere tendencia a la evolución crónica, ya sea con una forma de presentación continua o bien de forma episódica recurrente. No responde a una etiología o causa bien establecida y se trata entonces de una cefalea de carácter **primario**.

El estudio de la cefalea debe basarse en el conocimiento de algunos principios básicos, que son los que he ido señalando con negrita hasta ahora. Poco a poco irá familiarizándose con el problema.



¿Qué nos duele cuando nos duele la cabeza?

Es importante conocer con exactitud qué es lo que nos duele cuando sentimos un fuerte dolor de cabeza.

Paradójicamente, el cerebro es insensible al dolor. Solo existen terminaciones nerviosas y se percibe el dolor, a través de:

- Las **meninges**, que son los finísimos tejidos que rodean y protegen al cerebro y a la médula, susceptibles de irritarse. Recordemos que son, de fuera hacia dentro: duramadre, piamadre y aracnoides. Entre la piamadre y la **aracnoides** existe un espacio virtual en el que se encuentra el líquido cefalorraquídeo.
- Los **vasos sanguíneos** se distribuyen por la aracnoides, la capa adherida al cerebro, y pueden ser traccionados, comprimidos o simplemente sometidos a hipertensión por estar muy llenos. Dichos vasos, arterias, tienen en su pared terminaciones sensitivas al dolor. Seguramente, quien haya limpiado para cocinar unos sesos de cordero, habrá tenido que quitar una especie de telilla adherida a ellos, con unos vasitos rojos... esa es la aracnoides y esos vasitos, las arterias que, al aumentar de tamaño a consecuencia de una hipertensión, causan ese gran dolor que es la **migraña**. ¡Ya tenemos un *apellido* a determinada cefalea o dolor de cabeza!
- El **periostio del cráneo** es el tejido que rodea, protege y nutre al hueso, dentro del cual, además de arterias, se localizan terminaciones nerviosas que pueden recoger el dolor, sobre todo, el que producen los músculos que

se insertan por fuera del cráneo y están tirando del periostio.

- Los **músculos** de la calota craneal, esto es, la bóveda (parte superior e interna) del cráneo, que forman, junto con la piel (el cuero cabelludo) y el pelo, esa cabellera que los indios de las películas del Lejano Oeste arrancaban a los colonos. Su contractura o lesión produce dolor.

Las vías nerviosas que recogen el dolor procedente de estas estructuras para llevarlo hasta el cerebro —área sensitiva—, donde realmente lo percibimos, son:

- **El nervio motor ocular común**, llamado también tercer par craneal, que recoge el dolor de la región del ojo.
- **El nervio trigémino**, llamado también quinto par craneal, se divide en tres ramas y recoge la sensibilidad de la cara. Ya lo veremos más adelante.
- **El nervio glossofaríngeo**, llamado también cuarto par craneal, recoge principalmente la sensibilidad del suelo de la boca, parte de la lengua y cuello.
- **Las raíces nerviosas posteriores, que salen de los primeros nervios cervicales, C2 y C3.** Son los nervios que salen a los lados de la segunda y tercera vértebras cervicales, viajan hacia arriba y recogen el dolor del cuello, la nuca y la coronilla.

Quien desee profundizar más en el sistema nervioso central, que recoge el dolor de estas zonas, podría revisar lo que de forma sencilla pero más extensa expongo en el capítulo 3 de mi libro *Saber vivir frente al dolor*.



La personalidad y las cefaleas

Coloquialmente podría decirse que cada cuerpo tiene un punto débil, a través del cual se manifiesta la enfermedad, que, por lo común, está relacionada con nuestra personalidad. Así, hay personas con tendencia a la úlcera de estómago (las que quieren hacer hoy el trabajo de mañana), otras al infarto (las que consiguen hacer hoy el trabajo de mañana), otras a cólicos biliares (las cabreadas permanentemente), muchas, las más, padecen lumbalgias (las que se echan encima más responsabilidades de las que deberían y se angustian de todo lo que tienen encima), etc., y... otras tienen tendencia a padecer cefaleas.

¿Qué pasa en el interior de la persona, que provoca cefaleas?

El sexo femenino padece más cefaleas que el masculino, no en vano su origen es generalmente emocional y el organismo de la mujer es más frágil y sensible emocionalmente que el del hombre. A ello se suma que históricamente ella realiza los trabajos más conectados con las emociones —tener y criar hijos, cuidar y atender a familiares enfermos, hacer frente a la muerte de estos...— que, lejos de ser cargas son privilegios, pero que no dejan de tener una gran carga emocional, y un coste en la salud.

Aunque en la actualidad las mujeres están incorporadas al mundo laboral en la misma medida que los hombres, estas funciones siguen correspondiendo a ellas. Esto puede cambiar en un futuro ya que, por fortuna, los hombres van asumiendo progresivamente más funciones con cargas emotivas, como reflejan las estadísticas.

A lo largo de la historia, esta situación de la mujer no se ha tenido en cuenta, puesto que la medicina se centraba casi exclusivamente en las enfermedades masculinas, dado que solo estudiaban los hombres y, claro, los médicos eran todos hombres. En consecuencia, las mujeres solo se beneficiaban de dicha medicina en el caso de que su enfermedad coincidiera con las que se estudiaban en la época. Hoy día las cosas han cambiado y no solo se estudian las enfermedades del sexo femenino, sino que también existen unidades para el estudio de enfermedades específicas de la mujer.

La migraña, concretamente, es tres veces más común en mujeres que en hombres, no solo por esa relación con lo emocional, sino porque, como veremos en el capítulo 2, tienen mucho que ver los sistemas endocrinos y secretores causantes de vasodilataciones arteriales, que en la mujer pueden estar relacionados con el ciclo menstrual. Los cuadros de cefaleas tensionales, por otra parte, son ya solo ligeramente más frecuentes en mujeres que en hombres, dados esos progresivos cambios de roles que he mencionado más arriba.

Desde hace varios años se le ha dado importancia al análisis de la personalidad de los pacientes con cefalea y se ha llegado a la conclusión de que la más relacionada con trastornos emocionales es la tensional. Las neurálgicas suelen ser consecuencia de las anteriores.

En las migrañas se observa un alto índice de depresión, que puede estar en relación con la falta de serotonina a consecuencia de padecer una cefalea tensional o neurálgica por espacio de meses o años, que finalmente ha desembocado en migrañas. Esta situación puede producir incluso trastornos de la personalidad, lo que dificulta más la mejoría del cuadro doloroso y provoca que se quite importancia a los



aspectos psicopatológicos de las cefaleas tensionales. O sea, dejamos de preocuparnos de la cefalea tensional, que es el origen y nos centramos en mejorar medicamentosamente la migraña.

Cabe señalar, además, que el esfuerzo que a largo plazo realiza el paciente para soportar una cefalea crónica puede predisponerlo a padecer otras enfermedades.

La mitad de los pacientes con cefalea tensional muestran depresión subliminal. La mitad con migraña clásica o con aura sufren de franca depresión, cifra muy acorde al estudio realizado en una gran población que muestra que las mujeres con migraña con aura tienen más tendencia a la depresión y ansiedad que los que sufren de migraña sin aura. Más adelante, en el capítulo 2, veremos en qué consiste el aura.

Un importante estudio en que se sometió a un test de personalidad y depresión a pacientes con cefalea de diversos tipos indicó que los problemas psicopatológicos de personalidad inestable y la depresión son igual de importantes que los neuróticos. Además un 64 % son de personalidad de tipo introvertida y un 49 % con tendencia acusada a una depresión moderada y severa. Estos factores permiten establecer pautas para tratar a estos pacientes y mejorar la calidad de vida en relación con su cefalea.

Una serie de recomendaciones sobre el cambio del enfoque de los problemas y el estilo de vida de los pacientes puede proteger a estos de las crisis de cefalea. Y esta es precisamente la finalidad de este pequeño gran libro, que puede abrir puertas hacia la libertad, a este tipo de personalidades.

Incidencia en la población

El dolor de cabeza es una experiencia universal en los seres humanos: **todos hemos sufrido alguna vez una cefalea.**

Como ocurre con la mayoría de los problemas de salud, los estudios epidemiológicos consistentes en averiguar cuánta gente padece determinada enfermedad, en qué países o circunstancias es más frecuente, etc. Por lo común, dichos estudios arrojan cifras dispares según se realicen en un centro hospitalario, en una clínica especializada, en asistencia primaria o se aplique a la población general pero, en el caso de la cefalea, la dispersión de las cifras es particularmente amplia.

En Estados Unidos, cerca de 45 millones de personas padecen cefaleas fuertes y crónicas que pueden ser incapacitantes. Causan más de 8 millones de visitas al médico cada año y son responsables de la pérdida de 157 millones de días de trabajo.

El Consejo Americano para la Educación sobre los Dolores de Cabeza (ACHE, American Council for Headache Education) informa que, durante el año 2005, casi el 90 % de los hombres y el 95 % de las mujeres han tenido al menos un dolor de cabeza para ir al médico.

En España las cefaleas constituyen el motivo de consulta más frecuente en las especialidades de neurología y de atención primaria. En neurología, asciende al 33 % del total de consultas. Esta cifra también es válida en la inmensa mayoría de los servicios de neurología del mundo occidental. En Urgencias, constituye el 1 % de las visitas. En función de lo dicho, hay que considerar que la productividad de las personas con cefalea puede disminuir entre un 20 y un 50 %, aunque no se ausenten del trabajo.



La carga social y económica de las cefaleas es de gran magnitud, pues más de la mitad de la población las padece ocasionalmente y, alrededor del 25 % las sufre tan a menudo o con tanta intensidad como para requerir asistencia médica, consumir fármacos con regularidad y tener que abstenerse de sus actividades laborales o familiares. Un dato llamativo a este respecto es que un elevado número de pacientes, en realidad la mayoría, no consultan regularmente al médico, mientras que otros solo lo hacen una o dos veces y luego se automedican.

Es necesario conocer los motivos por los cuales existen pacientes con cefaleas que no consultan a su médico por esta causa y, por tanto, no reciben un tratamiento adecuado para prevenir y abortar las crisis. Esta situación los conduce a un deterioro de su calidad de vida, un aumento del consumo de analgésicos y el riesgo de evolucionar hacia una cefalea diaria crónica con abuso de fármacos (eso por no hablar de la «cefalea de rebote» por el uso de ciertos fármacos).

Por otra parte, la situación opuesta se presenta con otro grupo de pacientes con cefaleas que consultan demasiado a menudo, acaparando un gran número de horas en las consultas médicas y sometiéndose a una gran cantidad de pruebas de diagnóstico, lo que supone un elevado gasto económico y exponer al cuerpo a posibles efectos negativos del abuso de determinados procedimientos.

Algunos estudios revelan que los dos grupos de pacientes piensan que las visitas médicas son insatisfactorias y no les resuelven las dudas que les asaltan o las necesidades que experimentan. Y es que, como veremos a lo largo de este libro, la persona con cefaleas puede tener algo sin resolver en su vida y su organismo, utilizando el lenguaje no verbal, ha aprendido a expresarse a través de las cefaleas. El fondo de este problema

no lo resuelve ningún médico, que solo podrá mejorar esos síntomas, lograr que por un tiempo su cerebro no perciba el dolor, nada más.

¿Sabía que...

 **Tomar un analgésico** es como poner un edredón sobre una cama sin hacer. La curación consiste en tirar de ese edredón y hacer bien la cama, para lo cual es imprescindible que esté dispuesto a colaborar en la parte que le corresponde: buscar en su interior.



En el año 2005 surge en España el **Programa PALM** (Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña <www.programapalm.org>).

En España, aproximadamente 4 millones de personas sufren cefalea, una enfermedad clasificada por la OMS como una de las más discapacitantes junto a la tetraplejía y la demencia.

Hay un elevado infradiagnóstico e infratratamiento de la cefalea, muchos pacientes se automedican y un pequeño porcentaje abusa de analgésicos, provocando la cronificación y el rebote de la cefalea. Y más del 50 % de los pacientes no está contento con su tratamiento.

El Programa PALM, declarado de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo, tiene como objetivos conocer el problema de la cefalea en todas sus dimensio-



nes, concienciar y sensibilizar sobre la importancia de esta patología, y formar a todos los agentes implicados para mejorar el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con cefalea.

PALM dará a conocer el estado actual de la migraña en España, a través de encuestas, donde se espera implicar en la acción a más de cinco mil profesionales (médicos y farmacéuticos), pacientes y población en general. Se elaborará una Guía de Recomendaciones para mejorar el pronóstico de la migraña en España.

Es evidente que el Programa PALM ya va un poco desorientado, porque según su título, va a luchar contra la migraña, cuando la mayoría de estas no son tales, sino que están mal diagnosticadas. Un gran número de los pacientes que acuden a nuestra Unidad de Dolor por migraña están mal diagnosticados: su cefalea original no es la migraña, sino que esta es una consecuencia.

A pesar de que en la mayoría de los pacientes la cefalea no conlleva riesgo vital alguno, o sea que no están en peligro de muerte debido al dolor de cabeza, en muchos de ellos los episodios de dolor, debido a su frecuencia e intensidad, les alteran muchísimo la vida cotidiana. Además, dado que es muy frecuente entre jóvenes y adultos, empañan la etapa más productiva de la vida del individuo y llegan a condicionar a largo plazo, con sus efectos negativos, la productividad escolar o laboral y las relaciones sociales y familiares.

Con esto no quiero decir que los pacientes con cefaleas no padezcan una enfermedad real o que no exista un componen-

te hereditario, más ambiental más que genético. Ello significa que el componente ambiental supone que vivir y desarrollarse en determinado ambiente geográfico, familiar, educacional, alimenticio, etc. nos predispone a padecer unas enfermedades con más frecuencia que otras. Pues bien, en el caso de las cefaleas esto es así, e incluso influyen los signos mímicos, que imitamos inconscientemente de nuestros mayores, así como las posturas y las reacciones emocionales. Todo esto nos predispone de manera hereditaria, pero no nos obliga a enfermar, solo si nuestro organismo se nos va de las manos y se va a expresar a través de la enfermedad, tenemos un porcentaje elevado de que esa dolencia que vamos a padecer sea aquella para la que tenemos más «papeletas», en este caso, un dolor de cabeza.

A pesar de que se ha realizado una gran cantidad de estudios es difícil establecer con certeza la epidemiología de la cefalea, debido principalmente a la falta de una definición universalmente aceptada. Otros factores que también contribuyen a ello son la ausencia de signos objetivos y la negatividad de pruebas diagnósticas neurológicas cerebrales. Por fuera, el paciente goza de un aspecto estupendo y, por dentro, ninguna exploración de resonancia magnética o electrográfica detecta nada anormal. Aunque radiológicamente pocos médicos se fijan en la rectificación de la columna cervical, debido a su gran frecuencia.

La prevalencia de la cefalea es muy elevada. No existen variaciones significativas de presentación en relación con la raza, cultura o hábitat. En cambio, se observan diferencias con respecto al sexo, como se ha comentado más arriba: hay una mayor prevalencia en el femenino, con una relación cercana a 3:1. Así, en un estudio realizado sobre la población general, en nuestro



ámbito las cifras de población afectada son un 17 % de las mujeres y el 6,5 % de los varones.

La cefalea puede iniciarse en cualquier momento a lo largo de la vida, aunque suele hacerlo de forma relativamente precoz, con una tendencia a remitir con la edad. A mi juicio, ello es debido a que la ansiedad por la vida disminuye y aumenta el aguante ante las adversidades.

El 85 % de los pacientes con cefaleas desarrollan la enfermedad antes de los treinta años; en realidad, la media de edad de inicio se sitúa entre los diecisiete y diecinueve años. A partir de los sesenta años baja mucho la intensidad y la frecuencia. ¿Será que vamos aprendiendo con la vida? Yo estoy muy acostumbrada a tratar con personas de la tercera edad en circunstancias médicas difíciles —colocación de marcapasos, de prótesis, peritonitis o anestias epidurales o intrarraquídeas— y debo reconocer que es increíble la capacidad de aguante que tienen y cómo reaccionan ante situaciones adversas.

En una ocasión estábamos colocando una pila de marcapasos bajo la piel a una mujer *mayor* —así la habría calificado yo de joven— de sesenta años a la que solo se le había aplicado una anestesia local muy ligera porque su estado de salud era precario. La intervención debía de dolerle mucho. Yo por aquel entonces era enfermera y no tenía opinión, así que me limité a apoyarla psíquicamente, cogiéndole la mano y contándole cosas. A mi pregunta de si le dolía mucho, me impresionó su contestación: «Hija mía, he pasado tanto en la vida que esto para mí ya no es nada». Me quedé muy preocupada, pues yo solo tenía veintiún años y pensé: «¿Cuánto me espera pasar en la vida, para que una cosa así ya me parezca que “no es nada”?». Ya he llegado a la edad de esa señora y realmente ahora pienso como ella al considerar que aquello «no era nada».